

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://studservis.ru/gotovye-raboty/kurovaya-rabota/170517>

Тип работы: Курсовая работа

Предмет: Сестринское дело

ВВЕДЕНИЕ 3

ГЛАВА 1.ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЖКБ 5

1.1. Холецистит, этиология и патогенез 5

1.2. Клиника и осложнения холецистита 10

1.3. Диагностика и лечение холецистита 14

Вывод по главе 1 19

ГЛАВА 2.РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ХОЛЕЦИСТИТЕ 20

2.1. Сестринский процесс при холецистите 20

2.2. Сестринский процесс в уходе за пациентами с холецистэктомией 22

Вывод по главе 2 29

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 30

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ ИНФОРМАЦИИ И ЛИТЕРАТУРЫ 31

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность. Холецистит — воспалительное заболевание желчного пузыря, которое сочетается с моторно-тонической дисфункцией желчевыводящей системы. У 60-95% пациентов болезнь сопряжена с наличием желчных конкрементов. Холецистит является наиболее распространенной патологией органов брюшной полости, составляет 10-12% от общего количества заболеваний этой группы.

Проявления холецистита очень разнообразны: она может протекать в виде постоянных болей, поносов, приступов печеночных колик (острой боли, связанной с прохождением камней по желчевыводящим путям) и так далее, что сильно снижает качество жизни больных и при прогрессировании процесса вызывает осложнения.

По данным многочисленных публикаций на протяжении XX века, в особенности второй его половины, происходило быстрое увеличение распространенности ЖКБ, преимущественно в промышленно развитых странах, в том числе и в России. Так, по данным ряда авторов, заболеваемость холелитиазом в России увеличивалась почти вдвое каждые 10 лет, а камни в желчных путях выявлялись на вскрытиях у каждого десятого умершего независимо от причины смерти. По данным всех статистик, холелитиаз встречается у женщин в несколько раз чаще, чем у мужчин (соотношение от 3:1 до 8:1), причем с возрастом число больных существенно увеличивается и после 70 лет достигает 30% и более в популяции.

Возрастающая хирургическая активность в отношении холелитиаза, наблюдавшаяся на протяжении второй половины XX века, привела к тому, что операции на желчных путях количественно превзошли любые другие абдоминальные операции (включая аппендэктомию) во многих странах.

Средний персонал играет большую роль в процессе лечения больных. Медицинская сестра должна уметь планировать уход за пациентом с обострением ЖКБ и объяснять пациенту мероприятия по профилактике обострений.

Цель: Изучить сестринский процесс при холецистите.

Задачи:

1.Рассмотреть этиопатогенез и клинику холецистита;

2.Изучить лечебно-диагностическую тактику холецистита;

3.Проанализировать роль медицинской сестры при холецистите.

Объект: Проявления холецистита.

Предмет: Роль медицинской сестры при холецистите.

ГЛАВА 1

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЖКБ

1.1. Холецистит, этиология и патогенез

Холецистит является наиболее распространённым заболеванием в хирургической гастроэнтерологии, занимая первое место среди хирургических заболеваний. Согласно исследованиям в Европе и США ЖКБ диагностируют у 10-15% взрослого населения. Каждый год в мире выполняется более 500 тысяч холецистэктомий (операций по удалению желчного пузыря). Чаще всего болезнь поражает людей в возрасте 40-50 лет, однако она может проявиться и в совсем юном и в пожилом возрасте. По клиническим формам выделяют два вида холецистита – калькулезный и некалькулезный (бескаменный). [6]

При калькулезном холецистите в полости желчного пузыря формируются конкременты. Данным видом заболевания страдают 90% всех пациентов с холециститом. Некалькулезным холециститом страдает около 10% всех пациентов с данным диагнозом. В случае бескаменной формы, конкременты не образуются и заболевание протекает благоприятно, редко имеет обострения.

Холецистит является полиэтиологическим заболеванием и назвать одну причину его возникновения не представляется возможным. Камни в просвете желчного пузыря образуются под влиянием комплекса факторов. Разнообразные расстройства обмена веществ способствуют кристаллизации холестерина, что в дальнейшем приводит к формированию камней в желчном пузыре.

Калькулезный холецистит делится на несколько стадий:

1. Физикохимическую или докаменную

Это начальная стадия развития холелитиаза. Во время ее протекания происходят постепенные изменения в составе желчи. Никаких особенных клинических проявлений на данном этапе не возникает. Обнаружить начальную стадию ЖКБ можно при проведении биохимического исследования состава желчи.

2. Фазу латентного (скрытого) камненосительства

На данном этапе конкременты в желчном пузыре или его протоках только начинают образовываться. Клиническая картина тоже не характерна для этой фазы патологического процесса. Выявить желчнокаменные новообразования можно только в ходе проведения инструментальных диагностических процедур.

3. Стадию, когда симптоматика заболевания начинает проявляться все ярче и тяжелее. В этом случае можно говорить о развитии острого калькулезного холецистита, либо же констатировать факт его перехода в хроническую форму. [7]

Ведущими причинами камнеобразования при калькулезном холецистите являются изменение качественного состава желчи – перенасыщение желчи холестерином; кристаллизация холестерина – нуклеация; снижение двигательной способности желчного пузыря. Инициация этих процессов происходит при нарушении баланса между физиологическими защитными механизмами, которые препятствуют камнеобразованию и факторами (внешними и внутренними), которые этому способствуют.

Защитные механизмы, направленные против камнеобразования: абсорбирование до 50% кальция, содержащегося в желчи, так как кальций является своего рода цементирующей составляющей желчных камней; секреция слизистой стенкой желчного пузыря ионного водорода, который окисляет желчь, тем самым предотвращая кристаллизацию холестерина; усиливающаяся при воспалительном процессе секреция воды и электролитов, которая приводит к понижению липидной концентрации; присутствие особых факторов, поддерживающих равновесие между процессами стимуляции и ингибирования кристаллизации.

Факторы риска холецистита

- Возраст (старше 60 лет), что объясняется повышенной секрецией холестерина и пониженной – желчных кислот в данном возрастном периоде.
- Ожирение, так как при нем наблюдается повышение секреции холестерина в желчи, снижению двигательной функции желчного пузыря и застою желчи.
- Беременность, так как во время нее наблюдается усиление литогенных свойств желчи в связи с влиянием повышенного количества эстрогенов, которые усиливают продукцию холестерина, а также увеличение желчного пузыря и снижение его сократительной способности.
- Наследственная предрасположенность, повышенная склонность к камнеобразованию.
- Снижение веса, так как резкая потеря массы приводит к увеличению концентрации холестерина в желчи, уменьшению продукции желчных кислот, снижению двигательной способности желчного пузыря и, соответственно, застою желчи.
- Парентеральное питание (через вену или катетер), в связи с тем, что оно обуславливает снижение

двигательной функции желчного пузыря и провоцирует стаз желчи.

- Сопутствующие заболевания тонкого кишечника (болезнь Крона), приводят к уменьшению продукции солей желчных кислот и снижению пула желчных кислот.
- Заболевания, нарушающие обмен веществ (сахарный диабет, атеросклероз), так они сопутствуют ожирению и стазу желчи.
- Прием препаратов, влияющих на секрецию пищеварительных ферментов (фибраты, производные гормона роста, эстрогены), снижают моторику желчного пузыря и концентрацию желчных кислот.
- Прием пероральных контрацептивов, повышающий продукцию холестерина.
- Факторы питания, употребление богатой углеводами и жирами пищи.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ ИНФОРМАЦИИ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Александр, Геннадьевич Елисеев Лечебное питание при холецистите и панкреатите / Александр Геннадьевич Елисеев. - М.: Научная книга, 2013. - 877 с.
2. Алла, Юренко и Марина Антонюк Хронический холецистит и метаболический синдром / Алла Юренко и Марина Антонюк. - М.: LAP Lambert Academic Publishing, 2012. - 104 с.
3. Болотовский, Г. В. Холецистит и другие болезни желчного пузыря / Г.В. Болотовский. - М.: Невский проспект, 2006. - 160 с.
4. Болотовский, Г. В. Холецистит и другие болезни желчного пузыря / Г.В. Болотовский. - М.: Омега, 2007. - 160 с.
5. Ветшев, П.С. Желчнокаменная болезнь. Руководство / П.С. Ветшев. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 858 с.
6. Дадвани, С. А. Желчнокаменная болезнь / С.А. Дадвани, П. С. Ветшев. А. М. Шулутко Шулутко, М. И. Прудков. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 178 с.
7. Королев, Б. А. Осложненный холецистит / Б.А. Королев, Д.Л. Пиковский. - М.: Медицина, 2018. - 240 с.
8. Лечебное питание. Холецистит. - М.: Рипол Классик, 2013. - 890 с.
- 13.
9. Морозов, В. П. Желчнокаменная болезнь / В.П. Морозов, В.М. Савранский. - М.: Питер, 2018. - 128 с.
10. Острый холецистит. - М.: Лениздат, 2018. - 416 с.
11. Румянцев, А. Желчнокаменная болезнь / А. Румянцев. - М.: СпецЛит, 2017. - 524 с.
12. Седов, А.В. Заболевания желчного пузыря. Холецистит, холангит / А.В. Седов. - М.: АСТ, 2016. - 643 с.
13. Сергеева, Н. Желчнокаменная болезнь. Симптомы, лечение, очищение / Н. Сергеева. - М.: Невский проспект, 2017. - 128 с.
14. Черепанин, И.А. Острый холецистит: моногр. / И.А. Черепанин. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 676 с.

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://studservis.ru/gotovye-raboty/kurovaya-rabota/170517>